16. ¿Tiene el individuo niños dependientes que viven en su hogar? Sí No
- (a) **Si la respuesta a la pregunta 16 es SÍ**, remitir al individuo a DCBS para Medicaid;
  - (b) Si la respuesta a la pregunta 16 es **NO**, remitir al individuo a DCBS para Medicaid **SOLO SI** el individuo **NO** ha recibido una negación de Medicaid en los últimos 30 días; o,
  - (c) Si el individuo que no tiene niños menores de 18 años de edad, afirma ser **discapacitado**, remitir al individuo a la **Administración del Seguro Social** para solicitar SSI.

17. Información de Ingresos:

Empleador del Paciente/Parte Responsable _____
 Empleador del Cónyuge _____
 Teléfono del Trabajo _____
 Total de Ingreso Bruto Mensual: _____
 Otro Ingreso:
 Desempleo _____
 Seguro Social _____ Compensaciones de los Trabajadores _____
 SSI _____ Otro _____

Total de Ingreso Bruto Mensual de la Unidad Familiar: \$ _____

18. Información de Seguro:

Seguro de Salud/Vida: _____ No. de Teléfono _____
 No. de Póliza _____ No. de Grupo _____
 Portador de la Póliza _____ Relación con el Paciente _____

19. Escriba abajo los recursos contables del paciente. Los recursos contables incluyen: una cuenta de cheques, cuenta de ahorros, acciones, bonos, fondo de inversión mobiliaria, certificados de depósitos, cuenta de mercado de valores.

Recursos Contables

	Nombre del banco	Balance/Valor
Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
Certificados de depósito		
Mercado de valores		
Fondo de inversión mobiliaria		
Acciones		
Bonos		
Otros		

*Total de Facturas de Salud en Deuda: \$ _____

Total de Recursos: \$ _____

*Nota: LOS RECURSOS CONTABLES SERÁN REDUCIDOS POR GASTOS MEDICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE NO HAN SIDO PAGADOS PARA ESTABLECER ELEGIBILIDAD.

Información Adicional:

¿Fue la fecha de servicio relacionada con un accidente de automóvil? _____

SECCIÓN II. Criterios de Cuidado Indigente del Hospital

- (1) Un individuo tiene que cumplir con todas las condiciones siguientes:
- (a) El individuo es un residente de Kentucky.
  - (b) El individuo **no es elegible** para Medicaid.
  - (c) El individuo **no** tiene cobertura por un pagador de tercera parte.
  - (d) El individuo **no** está en la custodia de una unidad del gobierno que es responsable para la cobertura de sus necesidades de cuidados graves.
  - (e) El individuo cumple con los siguientes criterios de ingreso y recursos:

Tamaño del Hogar	Límite de Recursos	100% del Nivel de Pobreza (Límite de Ingreso Mensual)*	100% del Nivel de Pobreza (Límite de Ingreso Anual)*
1	\$2,000.00	\$903.00	\$10,830.00
2	\$4,000.00	\$1,214.00	\$14,570.00
3	\$4,050.00	\$1,526.00	\$18,310.00
4	\$4,100.00	\$1,837.00	\$22,050.00
5	\$4,150.00	\$2,149.00	\$25,790.00

Añada otros \$3,740.00 para cada persona adicional.

*Nota: Los límites de ingresos serán vigentes a partir del 1 de abril de 2008

- (2) **Todos los ingresos** de una unidad familiar serán contados y una unidad familiar incluye:
- (a) El individuo;
  - (b) El cónyuge del individuo que vive en el hogar;
  - (c) Uno de los padres o los dos padres de un niño menor de edad, que vive en el hogar;
  - (d) Todos los niños menores de edad que viven en el hogar.
- (3) Miembro(s) del hogar relacionado(s) o no relacionado(s) quienes no pertenecen a ninguno de los grupos mencionados arriba serán considerados una unidad familiar por separado.
- (4) **Recursos contables son limitados** a dinero en efectivo, cuentas de cheque y cuentas de ahorro, acciones, bonos, certificados de depósito, y cuentas de mercado de valores.
- (5) Los recursos contables pueden ser reducidos por los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados para determinar la elegibilidad.

SECCIÓN III. Certificación de Fidelidad de la Información

Por la presente yo accedo suministrar al Hospital toda información necesaria para permitir a ellos determinar mi necesidad de recibir asistencia financiera por servicios de cuidado de salud recibidos. Accedo que se proveerá al hospital con, o el hospital puede obtener todos los documentos necesarios para verificar mis ingresos actuales, mi estado de empleo, y recursos, y que el fallo en la entrega de la información requerida dentro de **diez** (10) días hábiles es motivo de negación de mi solicitud para asistencia. También accedo notificar al Hospital inmediatamente de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, estado de empleo o ingreso.

Estoy de acuerdo en dejar que el representante del Hospital determine mi elegibilidad y que busque asistencia estatal y federal con Medicaid, KCHIP y DSH.

Certifico que la información proveída en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información al aceptar asistencia, puedo ser sujeto a juicio por fraude. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si estoy insatisfecho con cualquier acción tomada acerca de mi solicitud. Entiendo que tengo que comunicarme con el hospital para solicitar una audiencia.

_____
Firma del Individuo o Parte Responsable

_____
Fecha

_____
Firma del Empleado del Hospital

_____
Fecha

¿El individuo parece calificar para Medicaid o KCHIP?

Sí No

Si responde sí, entonces debe remitir al individuo a la oficina de DCBS en el condado donde reside el individuo. El individuo debe llevar una copia de este formulario consigo a la oficina de DCBS.

SECCIÓN IV. Negación de solicitar Medicaid

El individuo o parte interesada firmará abajo si rehúsa solicitar para Medicaid.

Rehúso solicitar para la cobertura de Medicaid o KCHIP. Entiendo que esta negación puede resultar en el envío de facturas a mí por cualquier servicio efectuado.

_____
Firma del Individuo o Parte Interesada

_____
Fecha

SECCIÓN V. Negación de Cuidado

Indigente

El individuo no satisface los criterios para el cuidado indigente. El individuo puede solicitar una audiencia justa relacionada con esta determinación dentro de 30 días de esta determinación. El hospital conducirá una audiencia justa dentro de 30 días del recibo de la solicitud del individuo para una audiencia.

_____
Firma del Empleado del Hospital

_____
Fecha

MANTENGA UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD EN LOS
REGISTROS DEL PACIENTE.
ESTA DETERMINACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERÍODO DE SEIS MESES A MENOS QUE LA
SITUACIÓN FINANCIERA DEL INDIVIDUO CAMBIE.